



FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Artigo de Revisão Bibliográfica  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

## **Impacto dos fatores sociais na saúde oral das crianças**

Sara Patrícia Silva Sobreiro Cardoso

**Porto, 2018**



FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Artigo de Revisão Bibliográfica  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

## **Impacto dos fatores sociais na saúde oral das crianças**

Sara Patrícia Silva Sobreiro Cardoso

[sara.patricia.cardoso@gmail.com](mailto:sara.patricia.cardoso@gmail.com)

**Orientadora:**

**Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira**

**Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto**

**Porto, 2018**

## **Agradecimentos**

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais. Estiveram sempre presentes e fizeram o melhor que podiam para eu ter acesso ao melhor que havia e apoiaram-me sempre que precisei. Sem eles, nada disto seria possível. O meu eterno obrigado nunca vai ser suficiente para os recompensar pela dedicação que demonstraram.

Ao meu irmão, que consegue ser um chato, mas que é essencial, uma das pessoas mais divertidas que conheço e de quem me sinto muito orgulhosa pelo percurso que tem realizado. É sempre útil ter um enfermeiro na família.

Ao Bruno pela paciência que teve em me transmitir os conhecimentos sobre monografias que tinha, por me ter deixado usar o seu supercomputador quando o meu avariou e, especialmente, pela coragem que tem em lidar comigo todos os dias. Obrigada.

Aos meus amigos, Bandidos e não Bandidos, pelo exemplo de dedicação e de parvoíces que são. Ensinam-me a ser melhor todos os dias e que ainda existem pessoas decentes no mundo.

À minha orientadora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira tenho muito que agradecer, sem as suas dicas e sugestões não teria conseguido terminar este trabalho. Muito obrigada!

## Índice

<b>Agradecimentos .....</b>	<b>III</b>
<b>Índice .....</b>	<b>IV</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>1</b>
<b>Palavras-Chave: .....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>2</b>
<b>Key-words: .....</b>	<b>2</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>3</b>
<b>Material e Métodos .....</b>	<b>5</b>
<b>Desenvolvimento .....</b>	<b>6</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>18</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>25</b>
<b>Anexo I .....</b>	<b>25</b>
<b>Anexo II .....</b>	<b>26</b>

## Resumo

O fenómeno de desigualdade social na saúde oral é universal e está presente nos países industrializados e não-industrializados. Nas crianças, determinantes sociais como a pobreza e o acesso à educação podem condicionar o estado de saúde oral em adulto. Assim, tem sido referido que a vivência durante a infância num contexto socioeconómico baixo pode traduzir-se numa prevalência maior de cárie dentária e de patologia periodontal em adulto.

Assim, identificar em que medida os fatores sociais influenciam a saúde oral da criança pode ajudar a prevenir patologias em adulto e criar ações com o objetivo de prevenir as desigualdades em termos de saúde oral.

Este estudo foi realizado com recurso a uma revisão bibliográfica em que a pesquisa foi realizada, nos motores de busca PubMed® e Google Académico, tendo por base artigos com as palavras-chave “*Socioeconomic status in children’s oral health*”, “*Oral health definition*”, “*importance of oral health in children*”, “*socioeconomic status concept*”, “*oral health determinants in children*”, “*malocclusion risk factors*” e “*inequalities in oral health*”.

Obtiveram-se com a pesquisa 1302 artigos. Após leitura do título e/ou do *abstract*, foram excluídos os que não abordavam o tema de desigualdades sociais, que não eram relativos à saúde oral e que não tinham como foco as crianças. Após esta seleção, 75 artigos foram utilizados.

Identificaram-se os diferentes fatores sociais e os seus impactos em patologias e cuidados de higiene orais.

Concluiu-se que crianças de grupos sociais diferentes possuem dietas alimentares, práticas de higiene oral, perspetivas de saúde oral e frequência de consultas no médico dentista diferentes, criando uma relação entre os fatores sociais e a saúde oral da criança.

## Palavras-Chave:

Socioeconomic status in children’s oral health; Oral health definition; importance of oral health in children, socioeconomic status concept, oral health determinants in children, malocclusion risk factors e inequalities in oral health.

## Abstract

The phenomenon of social gradient on oral health is a universal problem and exists in industrialized and non-industrialized countries. In children, the social determinants like poverty and access of education influence the state of oral health in adulthood. Therefore, a low socioeconomic background during childhood results in a higher percentage of cavities and periodontal pathology in adulthood.

For these reasons, identifying the way that the social gradient influences the oral health in children might help to prevent oral pathologies in adulthood and to create awareness actions more adequated to the characteristics of the social ground.

This study was conducted using some reviews and the information gathered in websites like PubMed® and Google Académico, using the key-words “*Socioeconomic status in children’s oral health*”, “*Oral health definition*”, “*importance of oral health in children*”, “*socioeconomic status concept*”, “*oral health determinants in children*”, “*malocclusion risk factors*” e “*inequalities in oral health*”.

As a result, 1302 articles were obtained. After reading the title and/or the abstract, the ones not related with social gradient, oral health and those on which the focus was not on children were excluded. After this selection, 75 articles were used.

The different social gradients and the way that they influence pathologies and oral care were identified.

After the completion of this study were able to conclude that children for social gradients have different diets, oral hygiene practices, oral health perspectives and different attendance to dental appointments, creating a relation between social gradients and oral health of the child.

## Key-words:

Socioeconomic status in children’s oral health; Oral health definition; importance of oral health in children, socioeconomic status concept, oral health determinants in children, malocclusion risk factors e inequalities in oral health.

## **Introdução**

Saúde oral foi definida, em 2016, pela World Dental Federation General Assembly (FDI) como sendo uma entidade multifacetada que inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar e engolir. Também compreende a capacidade de transmitir um sem número de emoções através de expressões faciais com confiança, sem dor nem desconforto e ausência de patologia do complexo craniofacial.(1)

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, os fatores sociais que influenciam a saúde e determinam a sua conservação consistem em fatores económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais.(2) Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define os fatores sociais da saúde como os contextos sociais em que as pessoas habitam e trabalham.(2)

Segundo Barbara Starfield, a saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos, quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor.(3) Relativamente à saúde oral verifica-se a mesma tendência, ou seja, crianças mais desfavorecidas, em termos socioeconómicos demonstram ter maior percentagem de patologia oral – como peças dentárias perdidas ou cariadas - e menor probabilidade de frequentar uma consulta de medicina dentária, e estes fatores observam-se tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento.(4) Adicionalmente à maior probabilidade de patologia oral, também é mais frequente encontrar crianças de zonas carenciadas com tratamentos restauradores em mais dentes, ou seja, com maior história de cárie dentária.(4)

O fenómeno das repercussões negativas das desigualdades sociais na saúde oral é universal e observa-se em países industrializados e não-industrializados.(5,6) Nas crianças, determinantes sociais como a pobreza e o baixo acesso à educação podem condicionar o estado de saúde oral em adulto. Assim, a vivência num estrato socioeconómico baixo durante a infância pode traduzir-se numa maior percentagem de dentes cariados e de patologia periodontal em adulto.(5,7,8)

As influências sociais como a cultura, ambiente e meio económico onde a família se encontra inserida influenciam o seu quotidiano. Portanto, estes determinantes sociais podem influenciar de forma positiva a família – servindo como um fator motivacional na adoção de um determinado comportamento que beneficie a saúde oral do agregado familiar – ou de forma negativa – criando barreiras para as práticas de bons comportamentos orais. Deste modo, crianças com pais motivados e com boas práticas de higiene oral podem ser influenciadas

negativamente por outros cuidadores. Pode-se concluir que, as influências sociais, podem ser um precursor ou um impedimento da adoção de comportamentos relacionados com a saúde oral adequados.(7)

Para além dos fatores do hospedeiro como a suscetibilidade e o tipo de microrganismos presentes na cavidade oral, os fatores sociais como a educação e os salários dos prestadores de cuidado, condicionam a saúde oral.(9,10)

Em Portugal, ainda há poucos estudos que caracterizem o impacto das desigualdades sociais nas crianças e a sua relação com a saúde oral. No entanto, as desigualdades sociais existem e são facilmente identificáveis. Está descrito que crianças de famílias com capacidade económica mais elevada têm comportamentos de saúde oral mais adequados, menor incidência de cárie dentária e mais cuidados com a higiene oral.(11,12) Adicionalmente, as famílias com nível socioeconómico mais baixo podem apresentar uma menor adesão a medidas preventivas, menor noção da importância da manutenção de uma boa saúde oral das crianças e, mesmo quando gratuitas, são as que menos frequentam a consulta de medicina dentária, podendo este facto indiciar uma baixa literacia que se pode refletir numa menor perceção das necessidades da procura de cuidados médico-dentários.(12)

A realização deste estudo pretende efetuar uma revisão bibliográfica sobre o impacto dos fatores sociais nas doenças orais infantis, nos seus determinantes mais prevalentes, bem como no acesso aos cuidados de saúde oral. Deste modo, pretende-se identificar de que forma a condição social em que a criança está inserida pode condicionar a sua saúde oral.



## Material e Métodos

Este estudo foi realizado com recurso a uma revisão bibliográfica em que a pesquisa foi realizada, nos motores de busca PubMed® e Google Académico, tendo por base artigos com as palavras-chave “*Socioeconomic status in children’s oral health*”, “*Oral health definition*”, “*importance of oral health in children*”, “*socioeconomic status concept*”, “*oral health determinants in children*”, “*malocclusion risk factors*” e “*inequalities in oral health*”. Como *software* de referenciação foi utilizado o Mendeley.

Foram selecionados artigos de investigação com menos de quinze anos, revisões bibliográficas, revisões sistemáticas e meta-análises. Só foram selecionados e analisados artigos escritos em inglês, em espanhol e em português.

Surgiram, então, com a pesquisa 1302 artigos. Após leitura do título e/ou do *abstract*, foram excluídos os que não abordavam o tema de desigualdades sociais, que não eram relativos à saúde oral e que não tinham como foco as crianças. Após esta seleção, foram utilizados 75 artigos.

## **Desenvolvimento**

Cárie dentária é uma doença infecciosa, transmissível, mediada por bactérias e que ocorre após a erupção da dentição quer seja decídua ou permanente. É uma patologia que se caracteriza por uma destruição progressiva dos tecidos mineralizados do dente e que pode, quando não tratada, atingir a polpa. É uma patologia com etiologia multifatorial.(6,13,14)

A condição socioeconómica de uma família consiste na escolaridade que possui, no seu rendimento mensal e na atividade profissional dos membros que constituem essa família.(13) No entanto, também pode abranger o estilo de vida, os valores e as atitudes que determinam a posição do indivíduo na sociedade.(15)

São identificáveis diversos fatores etiológicos que podem convergir no aparecimento da cárie dentária. Bactérias cariogénicas (nomeadamente o *Streptococcus mutans*, particularmente se adquirida numa idade precoce), os hidratos de carbono fermentáveis, a suscetibilidade do hospedeiro, o tempo em contacto com os fatores etiológicos, o pH da cavidade oral, o não uso de dentífricos ou de água fluoretada, o seu meio socioeconómico, os seus hábitos de higiene oral, o conhecimento que os pais da criança possuem em relativamente à saúde oral (9,13,16–18), a frequente ingestão de alimentos doces e de vários lanches ao dia, a adição de substâncias doces ao conteúdo do biberão, são alguns determinantes do aparecimento da patologia.(19–22)

Nos países industrializados, os fatores de risco da doença são idênticos aos mencionados anteriormente, ou seja, estão relacionados com os fatores do hospedeiro, os fatores sociais, o tipo de dieta alimentar e as práticas de higiene oral.(23,24) Apesar de se observar, de um modo geral, um decréscimo da prevalência de cárie dentária nos países desenvolvidos, em certas etnias e em grupos populacionais mais carenciados a incidência da patologia ainda é frequente e atinge valores elevados.(6)

A existência de cáries numa criança é um fator preditivo de aparecimento da patologia em adulto.(17,25) Assim, o estudo dos fatores etiológicos que influenciam a patologia é importante para melhor se controlar e prevenir o mais precocemente possível.(17)

Cáries rampantes, ou, como são denominadas na última década, cáries precoces da infância, são típicas de crianças com menos de setenta e um meses e caracterizam-se por afetarem um grande número de dentes, por terem uma evolução rápida, por atingirem os dentes pouco tempo após a sua erupção.(26) Como sequelas da cárie dentária precoce da infância existem a necessidade de extrações, podendo culminar com a perda precoce dos primeiros molares, a perda

de apetite, dificuldade na dicção, as insónias, a dor grave, e as infeções recorrentes que levam ao uso frequente de antibióticos para as tentar controlar, a diminuição da assiduidade escolar podendo condicionar uma perda de qualidade de vida.(8,25) Cáries precoces na infância são, então, um problema de saúde pública e podem ter como consequências a longo prazo desencadear problemas nutricionais e de sono na fase ativa da doença podendo comprometer o crescimento das crianças.(13)

Crianças de estratos sociais mais baixos têm um risco mais elevado de apresentar prevalência de patologias orais mais elevada quando comparado com crianças de nível económico mais elevado.(23,27,28) Tem sido descrito que a cárie precoce da infância é mais prevalente em crianças de nível socioeconómico baixo.(6,8,28,29) Crianças com baixo nível socioeconómico podem apresentar uma incidência de cárie 57% superior à das crianças com elevado nível socioeconómico.(29)

A literacia tem sido descrita como a capacidade de perceber e aplicar informação diariamente de modo a atingir os objetivos pretendidos e desenvolver conhecimentos.(13) A literacia da saúde consiste na capacidade que o indivíduo possui para adquirir, perceber e utilizar a informação da área da saúde.(30) Prestadores de cuidado com pouca literacia relacionada com a saúde oral apresentam piores condições da cavidade oral e, este fator, pode refletir-se na saúde oral da criança.(13,24)

Mães com maior nível educacional tendem a ter crianças com menor prevalência de cáries.(11,31) O mesmo se verifica quando a variável considerada é a escolaridade do pai.(20,31) Pode-se concluir que famílias com maior grau de escolaridade têm crianças com menor incidência da doença cárie dentária.(12,16,17,28) Quando considerada a escolaridade materna, as cáries precoces da infância, as lesões de cárie não cavitadas e cáries nos incisivos são mais prevalentes em mães iletradas ou com escolaridade mais reduzida.(17,18,23)

No entanto, o contrário também é possível de acontecer, ou seja, crianças com pais com maior grau de escolaridade também podem ter alta prevalência de cárie. Tal condição pode ser explicada pelo acompanhamento dado à criança, ou seja, cuidadores com maior escolaridade possuem, em regra, empregos mais exigentes, deixando as suas crianças com outros prestadores de cuidado que podem não possuir os conhecimentos de saúde oral mais indicados.(18)

Verifica-se uma diminuição da prevalência de dentes cariados e, consequentemente, de tratamentos realizados com o aumento do rendimento mensal da família.(32) Crianças com

prestadores de cuidado com nível profissional mais elevado apresentam menor incidência de cárie dentária.(28,33) Assim, crianças de nível socioeconómico mais elevado apresentam menos risco de apresentar cáries dentárias.(10,34) Está descrita uma relação entre a educação dos pais e o nível de rendimento mensal de um agregado familiar. Esta consiste em pais com menor escolaridade possuírem geralmente rendimentos mais baixos e, normalmente, as suas crianças têm maior índice de cárie.(31)

Crianças oriundas de famílias com nível socioeconómico mais baixo têm maior tendência a ter uma higiene oral inadequada.(4,10) Este facto pode explicar a maior propensão para o desenvolvimento de cáries em crianças de baixo estrato socioeconómico que está descrita na literatura.(4,16,17,19,20,35) De entre as crianças de baixo nível socioeconómico, as crianças mais jovens têm maior tendência a desenvolver a patologia.(14) Adicionalmente, crianças nestas condições sociais também possuem mais dentes cariados que não foram restaurados.(36,37) Para além de maior incidência de cárie, pais com menos literacia em saúde oral também possuem crianças com menos necessidades de tratamentos dentários refletindo uma menor procura de cuidados de saúde oral, mesmo quando são necessários.(36,37)

Adicionalmente, foi descrito que crianças de nível socioeconómico baixo que tenham associado pais menos presentes na sua vida escolar, que faltem mais às aulas, que tenham um comportamento rebelde e que consumam mais produtos de confeitaria possuam maior índice de cárie dentária.(10)

A transmissão de saliva de um adulto para a criança é um dos meios de contaminação da cavidade oral infantil, assim, pode-se afirmar que hábitos como limpar a chupeta na boca de um familiar ou provar a comida antes de dar à criança podem ser prejudiciais para a sua saúde oral, havendo maior probabilidade de desenvolver cárie precoce da infância.(9,12) Estes comportamentos têm sido descritos em prestadores de cuidado com baixo nível literário.(19,38) No entanto foi descrito que a transmissão da saliva da mãe para a criança tem uma componente de proteção, apresentando resultados em que as crianças que tinham mais contacto com a saliva da mãe tinham menores valores de prevalência de cárie e de *Streptococcus mutans* do que aqueles com pouco contacto, explicando estes resultados com um possível aumento da capacidade imunológica da criança.(9) Mais estudos sobre este tema são necessários para esclarecer estas ambiguidades.

A bactéria em destaque como responsável pelo início da formação de cárie dentária é a *Streptococcus mutans*.(9,26) Esta bactéria não é muito prevalente antes da erupção da dentição

decídua, mas a idade em que é adquirida, especialmente se ocorrer numa idade precoce, é um fator de risco para o aparecimento de cárie.(9) Tem sido descrito que em ambientes socioeconómicos mais desfavorecidos existe uma maior presença de *Streptococcus* na cavidade oral.(39)

Para além da *Streptococcus mutans*, também a existência de *Lactobacillus* é um fator de risco se for igualmente adquirida em crianças muito precocemente. No entanto, se apenas se verificar a presença isolada desta bactéria, não é verificado um aumento do número de cáries. Assim, pode-se supor que, para início da doença, a *Lactobacillus* tem que atuar em conjunto com a *Streptococcus mutans*, desempenhando o papel de produtora de ácido na placa bacteriana.(9) Adicionalmente, a *Lactobacillus* também está responsável pela progressão da cárie para a dentina.(13)

Líquidos doces antes de deitar, frequência de lanches com alto teor em açúcar, partilhar comida com adultos e os níveis de *Streptococcus mutans* na mãe, são considerados fatores de risco para a contaminação da bactéria em idades precoces.(13) Estes fatores encontram-se, igualmente, mais presentes em crianças de baixo nível socioeconómico.(10,18)

Relacionar o *stress* sentido pelos pais com a cárie dentária das crianças é oportuno, uma vez que são os pais que assumem a responsabilidade de tratar da higiene oral crianças, e de lhes ensinar bons hábitos de higiene oral.(8)

O *stress* parental consiste no *stress* sentido autoinfligido pelos pais e cuidadores ao tentarem cumprir com as exigências que existem ao ser responsável por uma criança.(40) Foi descrito que alguns dos fatores que provocam *stress* nos prestadores de cuidado são, por exemplo, ser pai/mãe solteiro, devido ao aumento de responsabilidade, e baixa escolaridade dos prestadores de cuidado.(26) O comportamento dos pais depende de vários fatores como da relação que têm com a criança e o seu contexto familiar e social.(26)

Em situações de *stress* parental, pode haver um menor empenho e eficácia na transmissão de conhecimentos de higiene oral. Quando a este *stress* se adiciona uma relação de incompatibilidade com a criança, os prestadores de cuidado podem sentir-se menos capacitados e motivados a continuar a ensinar a criança, tendo estas crianças maior número de cáries dentárias.(26)

Em ambientes socioeconômicos desfavorecidos e que, em simultâneo, não existe uma boa relação entre o prestador de cuidado e a criança, há maior probabilidade da criança possuir cáries e pior saúde oral.(8,26)

Um estudo realizado em 2009, determinou que o *stress* do quotidiano sentido pelos prestadores de cuidado tornava mais difícil tratar da saúde oral da criança.(7)

Numa outra vertente, também o *stress* sentido pela criança pode influenciar a sua saúde oral. Um estudo de 2011 avaliou de que forma o *stress* sentido pela criança aumentava a produção de cortisol, sujeitando a criança a testes cognitivos, sensoriais e emocionais.(8) A suscetibilidade à produção de cortisol pelo *stress* aliado à secreção salivar basal de cortisol pode comprometer a saúde oral das crianças, uma vez que há uma diminuição da capacidade protetora, das defesas locais e das estruturas microanatômicas.(8) O *stress* é capaz de prejudicar a produção de imunoglobulina A e o cortisol tem a capacidade de afetar a imunidade da mucosa, a flora microbiana e a componente imunológica da mucosa contra o crescimento e colonização das bactérias.(8) Adicionalmente, o aumento dos níveis de cortisol resulta num esmalte mais fino, mole e vulnerável(8) A combinação da presença das bactérias cariogénicas com uma ativação basal exagerada do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenocortical é considerada um fator predisponente à cárie, uma vez que o cortisol libertado, que varia consoante o *stress* sentido pela criança, provoca alterações do esmalte dentário, deixando o dente mais suscetível à patologia.(8)

Uma aquisição precoce de bactérias cariogénicas, elevado consumo de hidratos de carbono e de açúcar, escassez de água fluoretada e falta de condições económicas para realizar consulta num médico dentista são algumas das condicionantes que aumentam a prevalência de cárie em crianças mais desfavorecidas.(8)

Os hábitos alimentares da criança influenciam em larga escala a atividade metabólica dos microrganismos presentes na placa bacteriana. Se a dieta alimentar consistir numa baixa ingestão de hidratos de carbono fermentáveis, são elaborados ácidos orgânicos como o butírico, o ácido propiónico, o ácido fórmico e o ácido acético. Quando se verifica o contrário e grandes quantidades destes hidratos de carbono são consumidos, é iniciada a produção de ácido láctico. O ácido láctico tem a particularidade de fazer diminuir o pH salivar e, quando o valor fica menor que cinco e meio, iniciar a desmineralização dos tecidos duros dentários.(12) Assim, crianças com alimentação rica em hidratos de carbono possuem maior risco de desenvolver cárie dentária, este tipo de alimentação tem sido descrito como mais frequente em crianças oriundas de estratos socioeconômicos mais desfavorecidos.(6,18)

O uso prolongado do biberão e/ou amamentação noturna são também fatores de risco para a cárie, devido ao contacto prolongado dos hidratos de carbono e açúcar do leite com as superfícies dentárias.(25) Uma possível explicação para o uso prolongado do biberão consiste na falta de tempo que os cuidadores têm para se dedicar às suas crianças, optando por meios mais fáceis e rápidos de as apaziguar. Isto é mais provável de acontecer em crianças que têm ambos os pais empregados, em empregos mais exigentes e/ou com maior rendimento mensal.(11) No entanto, também existem estudos que relatam que o uso prolongado do biberão é mais comum em meios socioeconómicos mais baixos.(41) Mais estudos para esclarecer estas divergências são necessários.

Sabe-se que o uso do biberão durante a noite pode resultar numa evolução da cárie dentária mais rápida.(22) Isto acontece devido à presença de açúcar no leite, à maior acumulação de placa bacteriana e à diminuição da produção de saliva que se verifica quando o ser humano está a dormir.(22) As cáries com etiologia no uso prolongado do biberão ou no uso de soluções adocicadas no biberão ou na chupeta aparecem mais frequentemente nos incisivos maxilares decíduos.(23) Crianças que consomem mais alimentos e bebidas cariogénicos, e àquelas em que os pais colocam substâncias doces na chupeta apresentam maiores índices de cárie.(12)

Assim, quando ao uso noturno de biberão se associa a falta de escovagem dos dentes e das gengivas, hábitos frequentemente descritos em cuidadores com baixo nível de conhecimentos relacionados com a saúde oral, observa-se um risco aumentado de cárie dentária.(37,38)

No Brasil, um estudo foi realizado em que o tempo de amamentação foi uma das variáveis estudadas verificando-se que crianças que nunca foram amamentadas ou que foram amamentadas para além dos seus dois anos de vida têm maior risco de terem cáries precoces na infância.(23) Apesar de haver estudos que confirmem a associação entre o tempo prolongado de amamentação e o nível socioeconómico (23,42), existem outros que defendem que não existe relação.(43,44) Mais estudos para eliminarem estas disparidades são necessários.(45)

O modo como os prestadores de cuidado encaram a saúde oral das crianças é influenciado pelas atitudes e crenças que os mesmos possuem. Estas duas condicionantes acabam por influenciar os hábitos que as crianças vão adquirir e praticar no futuro, e variam com a cultura e os sistemas de valores e normas que os pais possuem.(7)

Como abordado anteriormente, existem várias condicionantes na saúde oral das crianças, nomeadamente as práticas, atitudes, crenças e conhecimentos dos prestadores de cuidado. (24,31) É da responsabilidade dos pais transmitir conhecimentos de prevenção de saúde oral.(18)

A falta de conhecimento e atitudes negativas da parte dos pais e prestadores de cuidado de crianças em idade pré-escolar foi associado a uma maior prevalência de cáries dentárias em crianças pequenas.(46) O contrário também se verifica, crianças com pais com maior conhecimento sobre saúde oral possuem menos cáries.(16) Assim, atitudes positivas e de prevenção, como escovagem dos dentes e medidas de manutenção do hábito, são fundamentais na prevenção de cárie dentária.(21) Pais com crenças mais positivas em relação à saúde oral demonstram iniciar a escovagem dos dentes das crianças em idades mais precoces, diminuindo, assim, a prevalência de cáries à medida que a criança cresce. Nestas condições, a gravidade da patologia nestas crianças também é menor.(12)

Num estudo realizado para avaliar as práticas de higiene oral infantis e o seu tipo de alimentação, 67,7% dos prestadores de cuidado não atribuíam importância à dentição decídua, acreditando que, em caso de patologia, os dentes não necessitavam de ser restaurados.(31) Neste mesmo estudo, maior parte das mães que participaram afirmaram que gostariam de receber mais informação sobre a saúde oral nas crianças.(31) A informação disponibilizada aos prestadores de serviço, para ser mais eficaz na transmissão da mensagem e na prática de hábitos positivos, deve ter em conta o conhecimento que os pais possuem e ser adaptada ao seu nível literário.(38)

Existem hábitos de higiene oral que são determinantes no aparecimento de cárie precoce da infância, de entre estes hábitos podemos destacar a escovagem dentária com frequência menor a uma vez por dia, a escovagem sem a supervisão de um adulto, escovagem sem recurso a dentífricos com flúor e quando a criança não tem contacto com água fluoretada.(13) Um estudo na Suíça demonstrou que prestadores de cuidado que escovam os dentes às suas crianças, estão presentes na altura da escovagem dos dentes e que ensinam a técnica de escovagem mais indicada, possuem crianças com menor risco de cárie.(28)

A frequência diária da escovagem também é importante, crianças que apenas escovavam os dentes uma vez por dia demonstram possuir mais cáries do que crianças que escovavam os dentes duas ou mais vezes por dia.(17) Podendo concluir-se que crianças com melhores práticas de higiene oral possuem menor índice de cárie e estão menos propícias a desenvolver a patologia oral.(17,24) De uma forma geral, crianças com este perfil podem ser encontradas mais facilmente em meios socioeconómicos elevados.(47)



Apesar de haver grande evidência sugerindo o contrário, um estudo realizado no Brasil que avaliou crianças entre os três e os quatro anos obteve como resultado uma relação inexistente entre a idade de início de escovagem e o número de escovagens por dia com o número de cáries que as crianças possuíam.(23)

Como referido anteriormente, a prevalência de cáries dentária tem vindo a diminuir. Em Portugal, esta tendência também se verifica.(12) Evoluindo de uma percentagem de 77% de prevalência de cárie em crianças de seis anos em 2000, para 40% em 2013.(12)

Tal como nos restantes países, em Portugal, indivíduos de estrato socioeconómico baixo tendem a frequentar menos a consulta de medicina dentária e têm menos perceção dos cuidados de higiene oral necessários para prevenir o aparecimento de patologias.(11,12) Assim, a atitude dos prestadores de cuidado perante os hábitos de higiene oral e de idas ao consultório dentário condiciona os mesmos, no sentido de que mães com medo do médico dentista levam menos vezes o seu filho a uma consulta.(12) O contrário também se verifica, crianças de nível socioeconómico elevado são menos propensas a desenvolver cáries dentárias e a praticar maus hábitos de higiene oral.(11) No entanto, um nível socioeconómico elevado foi associado a um maior uso excessivo do biberão, sendo este fator causa de má-oclusão.(11) O número de irmãos também influencia a prevalência de cárie, sendo que quantos mais irmãos, maior é a probabilidade de desenvolver a patologia.(11,12)

Igualmente, prestadores de cuidado com maior grau de escolaridade possuem crianças com menor prevalência de cárie, uma vez que estes pais conhecem e acompanham os seus filhos na prática de uma boa higiene oral, e frequentam mais a consulta de medicina dentária.(11,12,48)

Associando o nível socioeconómico à escolaridade dos pais, crianças que tenham famílias de maior nível socioeconómico e de maior escolaridade, possuem menor prevalência de cáries dentárias.(11) Uma vez que, quanto maior o estrato socioeconómico e o nível de escolaridade, menor é o consumo de açúcar e de alimentos cariogénicos.(11)

Um estudo realizado em Matosinhos demonstrou que quando as crianças pertenciam a um nível socioeconómico mais baixo e que tinham pais com grau de escolaridade mais baixo, possuíam maior incidência de cáries.(6) Justificando este facto com um maior consumo de alimentos cariogénicos e má higiene oral da parte das crianças que pertencem a estes grupos sociais, sendo este fenómeno coincidente com o mencionado anteriormente.(6)

A acumulação de placa bacteriana pode ocorrer devido a uma higiene oral deficiente associada, ou não, à pouca comparência em consultas de medicina dentária para remoção de placa por um profissional médico.(49) Esta acumulação pode dar origem a doenças periodontais como a gengivite e a periodontite, que pode ter manifestações em crianças se se tratar de uma periodontite agressiva.(49) Assim, é expectável que crianças de nível socioeconómico mais baixo possuam maior acumulação de placa bacteriana comparativamente a crianças de nível socioeconómico mais elevado.(18,32,50) A saúde gengival aumenta proporcionalmente ao estrato socioeconómico, havendo menor índice de placa e menor inflamação gengival neste estrato social.(50) Isto tem sido referido que indivíduos de estrato social elevado possuem melhores hábitos de higiene oral, melhor alimentação e menos hábitos nocivos para a saúde oral e geral – como o elevado consumo de álcool ou hábitos tabágicos.(51) Tendo em conta que os pais servem de exemplo para os seus filhos, estas boas práticas são-lhes transmitidas e refletem-se no estado da saúde oral das crianças.(52,53)

Adicionalmente, também foi descrita uma relação entre o nível educacional da mãe e a existência de placa bacteriana. Mães com menos escolaridade podem possuir crianças com maior índice de placa, uma vez que os maus hábitos de higiene oral e menor conhecimento sobre saúde oral são mais frequentes.(53)

Uma forma de contrariar o desenvolvimento de patologias orais, como, por exemplo, a gengivite, é através dos hábitos de higiene oral que a criança possui.(9,13,16–18)

Relativamente aos hábitos de higiene também se observa o impacto das condições sociais em que a criança está enquadrada. Em relação à escovagem dos dentes das crianças, tem sido referido que famílias de nível socioeconómico mais baixo possuem mais dificuldade em garantir que os seus filhos escovem os dentes duas vezes por dia e que supervisionem ou mesmo realizem esta atividade quando as crianças são de tenra idade.(21,38) O contrário também se verifica, crianças de estrato socioeconómico mais elevado tem maior probabilidade de ter ajuda na escovagem dentária e nas restantes práticas de higiene oral (como o uso de fio dentário) da parte dos prestadores de cuidado.(8,9,20) Apesar de todos estes estudos, ainda é necessário estudar melhor a forma como os pais administram os cuidados de higiene oral aos filhos e de que forma o estatuto socioeconómico influencia este aspeto.(54)

Para além disso, mães com maior nível de escolaridade possuíam atitudes mais positivas em relação à higiene oral e maior intenção de transmitir conhecimentos de higiene oral aos filhos, do

que mães de menor escolaridade.(18,21,53) Adicionalmente, pais com menor escolaridade preocupam-se menos com a educação para a higiene oral das crianças.(10)

Adicionalmente, foi descrito que mulheres que foram mães pela primeira vez ou que foram mães em idades jovens possuam menos conhecimentos de higiene oral, quando comparadas com mães mais experientes.(11)

Um estudo realizado em 2016, que analisava crianças de áreas urbanas e áreas rurais, demonstrou que crianças com agregados familiares maiores e a ordem de nascimento (nomeadamente, nas crianças mais velhas) influenciavam negativamente a sua higiene oral.(55)

Uma má-oclusão consiste na existência de desvios de normalidade na oclusão dos maxilares, quer esta anomalia seja relativa à posição dos dentes, à posição dos ossos ou relacionada com ambos. Isto pode ter impacto no desempenho normal das funções do aparelho estomatognático e na estética facial dos indivíduos.(56) O uso excessivo de chupeta e a sucção digital são dois exemplos de fatores de risco para desenvolver más-oclusões na dentição decídua.(57) Ainda existem poucos estudos que averiguem se existe e de que modo o nível socioeconómico influencia o desenvolvimento de más-oclusões. No entanto, um estudo de 2015 demonstrou que quanto maior fosse o nível socioeconómico, maior era a prevalência de más-oclusões. Sendo as classes II, o *overjet* e o *overbite*, e a mordida cruzada posterior as alterações mais comuns, justificando a sua prevalência com a presença elevada de hábitos parafuncionais.(58)

As lesões dentárias com etiologia no trauma resultam na fratura, luxação ou perda de peças dentárias podendo causar problemas funcionais e estéticos.(59) A prática de desportos, acidentes de carros ou ambiente de violência são alguns fatores causais das lesões traumáticas, que são mais prevalentes em criança do sexo masculino.(59,60) Um estudo realizado no Brasil demonstrou que existiam diferenças na prevalência de lesões traumáticas consoante a condições socioeconómica e a educação dos pais, nomeadamente, que quanto menor for o nível socioeconómico maior é a prevalência de lesões dentárias traumáticas.(59) No entanto, existe grande controvérsia no tema havendo estudos que estão de acordo com o resultado do estudo mencionado anteriormente (60,61), havendo outros que defendem que existe relação entre o nível socioeconómico e o trauma dentário (62,63), e existindo mais estudos que defendem não haver associação entre estas duas variáveis.(64,65)

A procura de cuidados de saúde oral é um fator crucial para a implementação e a manutenção de uma boa saúde oral. Existem alguns fatores que podem influenciar a procura de

cuidados médico-dentários como, por exemplo, a percepção das necessidades de tratamento pelos cuidadores, a educação e a situação socioeconômica da família.(31,66,67) Para além disto, também a falta de seguro de saúde, o custo elevado dos tratamentos dentários e o medo e/ou ansiedade que o indivíduo sente condicionam a frequência das consultas no médico dentista.(68,69)

Tendo sido descrito que pais com menor escolaridade têm crianças com menor utilização dos serviços de medicina dentária. Está também descrito que quando frequentam a consulta é para realizarem tratamentos restauradores e não tratamentos dirigidos à prevenção de patologias.(18,24,70)

Assim, as diferenças socioeconômicas refletem-se principalmente no tipo de tratamento realizado, ou seja, se é de natureza preventiva ou restauradora.(66) Crianças de nível socioeconômico mais elevado frequentam o médico dentista com maior frequência e para realizar mais tratamentos preventivos. Pelo contrário, as crianças de estrato socioeconômico mais reduzido realizam menos consultas mas mais tratamentos restauradores.(66,67,70,71) Crianças de estrato socioeconômico mais elevado possuem, então, o dobro da probabilidade de já terem visitado o médico dentista, comparativamente a crianças de estrato socioeconômico mais baixo.(72) Adicionalmente, crianças de nível socioeconômico mais baixo frequentam mais os serviços públicos do que os privados.(14)

Também a educação da mãe influencia a frequência de idas à consulta de medicina dentária, quanto menor for a educação da mãe menor é a utilização de serviços dentários.(18,67) O mesmo se verifica em outros prestadores de cuidado com baixo nível educacional.(69)

Um estudo realizado em 2002 identificou que maior parte dos pais não lavavam as suas crianças ao médico dentista porque desconheciam que elas possuíam patologia oral.(31)

Outro estudo realizado no Canadá obteve como resultado uma menor frequência de consulta de medicina dentária junto da população imigrante, e encontraram como justificação a falta de condições económicas e a perspetiva que os pais possuíam em relação à importância da saúde oral.(19) Este mesmo estudo determinou que a população nativa do Canadá com maiores níveis de educação e com maior rendimento mensal frequentavam com maior frequência o consultório dentário.(19)

Por norma, quanto menores forem as idas ao dentista maior é probabilidade de existirem patologias orais, como por exemplo, a cárie dentária.(17)

Medidas preventivas devem promover a escovagem dentária duas vezes ao dia e desde a erupção do primeiro dente, e a utilização de serviços dentários principalmente como medida preventiva, sempre de modo adequado às crenças e cultura dos prestadores de cuidado.(14) Quando se tratam de crianças em idade pré-escolar, as medidas preventivas teriam mais eficácia se as crianças, pais e professores fossem abrangidos pelas mesmas – especialmente os pais, principais prestadores de cuidado, deveriam ser alvo para aumentar o seu conhecimento da saúde oral e melhorar os seus hábitos e crenças.(16,73)

Conclui-se que o tipo de dietas alimentares, as práticas de higiene oral, as perspectivas de saúde oral dos cuidadores e frequência de consultas no médico dentista diferentes, variam consoante o estrato social em que a criança se insere. Estabelecendo uma relação entre os fatores sociais e a saúde oral da criança.(74,75) Assim, quando se planeiam medidas preventivas e de sensibilização, os fatores socioeconómicos, as atitudes e crenças dos prestadores de serviços devem ser tidas em conta.(17,67) Em alguns países, foram tomadas medidas preventivas da parte do governo juntamente com médicos dentistas para alocar mais recursos para ações de sensibilização junto das populações mais desfavorecidas, com o objetivo de melhorar hábitos de saúde oral e os conhecimentos que possuíam.(16)

## Bibliografia

1. Glick M, David M, Dushanka V, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *JADA*. 2016;147(December):915–7.
2. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Rev Saúde Coletiva*. 2006;17(1):77–93.
3. Starfield B. Atenção Primária - Equilíbrio Entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. UNESCO; 2002.
4. Armfield JM, Hons BA. Socioeconomic Inequalities in Child Oral Health: A Comparison of Discrete and Composite Area-Based Measures. *Am Assoc Public Heal Dent DOI*. 2007;67(2):119–25.
5. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;(7):81–8.
6. Vasconcelos NP De, Melo P, Gavinha S. Estudo dos Factores Etiológicos das Cáries Precoces da Infância numa População de Risco. *PubMed*. 2004;45:69–77.
7. Amin MS, Harrison RL. Understanding Parents ' Oral Health Behaviors for Their Young Children. *Qual Health Res*. 2009;19(1):116–27.
8. Boyce WT, Besten PK Den, Stamperdahl J, Zhan L, Jiang Y, Adler NE, et al. Social Inequalities in Childhood Dental Caries: The Convergent Roles of Stress, Bacteria and Disadvantage. *Soc Sci Med*. 2011;71(9):1644–52.
9. Harris RV, Pine CM, Harris R, Nicoll AD, Adair PM. Risk factors for dental caries in young children : A systematic review of the literature. *Community Dent Health*. 2004;(April):71–85.
10. Saldunaite K, Bendoraitien EA, Slabsinskiene E, Vasiliauskien I, Andruskeviciene V, Zubiene J. The role of parental education and socioeconomic status in dental caries prevention among Lithuanian children. *Medicina (B Aires)*. 2014;0:156–61.
11. Hamwi SF Al. Social Gradient in Early Childhood Caries : Data from a Portuguese birth cohort. 2016;
12. Borralho S. Prevalência, Gravidade e Fatores Associados à Cárie Precoce da Infância no

Distrito de Lisboa. 2014;

13. Arora A, Schwarz E, Blinkhorn AS. Risk factors for early childhood caries in disadvantaged populations. *J Investig Clin Dent*. 2011;223–8.
14. Kilpatrick N, Neumann A, Lucas N, Chapman J, Nicholson J. Oral health inequalities in a national sample of Australian children aged 2 – 3 and 6 – 7 years. *Aust Dent J*. 2012;38–44.
15. Kruithof N, de Jongh MAC, de Munter L, Lansink KWW, Polinder S. The effect of socio-economic status on non-fatal outcome after injury: A systematic review. *Injury*. Elsevier Ltd; 2017;48(3):578–90.
16. Chu C, Ho P, Lo ECM. Oral health status and behaviours of preschool children in Hong Kong. *BMC Public Health*. 2012;12:1–8.
17. Borges HC, Garbín CAS, Saliba O, Saliba NA, Moimaz SAS. Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primary dentition. *Braz Oral Res*. 2012;26(6):564–70.
18. Branden S Van Den, Broucke S Van Den, Leroy R, Declerk D, Hoppenbrouwers K. Oral health and oral health-related behaviour in preschool children : evidence for a social gradient. *Eur J Pediatr*. 2012;231–7.
19. Werneck RI, Lawrence HP, Kulkarni G V., Locker D. Early Childhood Caries and Access to Dental Care among Children of Portuguese-Speaking. *PubMed*. 2008;74(9):805–805g.
20. Campus G, Solinas G, Strohmenger L, Cagetti MG, Senna A, Minelli L, et al. National Pathfinder Survey on Children’ s Oral Health in Italy : Pattern and Severity of Caries Disease in 4-Year-Olds. *Karger*. 2009;155–62.
21. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health*. 2004;21:102–11.
22. Cabral MBB de S, Mota ELA, Cangussu MCT, Vianna MIP, Floriano FR. Risk factors for caries-free time : longitudinal study in early childhood. *Rev Saude Publica*. 2017;1–12.
23. Dini EL, Holt RD, Bedi R. Caries and its association with infant feeding and oral health-related behaviours in 3 – 4-year-old Brazilian children. *Community Dent Oral Epidemiol*.

- 2000;(12):241–8.
24. Qiu RM, Lo ECM, Zhi QH, Zhou Y, Tao Y, Lin HC. Factors related to children ' s caries : a structural equation modeling approach. BMC Public Health. 2014;1–7.
  25. Çolak H, Dulgergil ÇT, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: A review of causes, diagnosis, and treatments. J Nat Sc Biol Med. 2013;4(1):29–38.
  26. Quiñoneza RB, Keels MA, Jr. WFV, McIver FT, Heller K, Whitt JK. Early Childhood Caries : Analysis of Psychosocial and Biological Factors in a High-Risk Population. Karger. 2001;376–83.
  27. Gupta E, Robinson PG, Marya CM, Baker SR. Oral Health Inequalities : Relationships between Environmental and Individual Factors. J Dent Res. 2015;94:1362–8.
  28. Baggio S, Abarca M, Bodenmann P, Gehri M, Madrid C. Early childhood caries in Switzerland : a marker of social inequalities. BMC Oral Health. BMC Oral Health; 2015;1–9.
  29. Junior VE dos S, Sousa RMB de, Oliveira MC, Junior AF de C, Rosenblatt A. Early childhood caries and its relationship with perinatal , socioeconomic and nutritional risks : a cross-sectional study. BMC Oral Health. 2014;1–5.
  30. Loureiro; LM de J, Mendes; AM de OC, Barroso; TMMD de A, Santos; JCP dos, Oliveira; RA, Ferreira RO. Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens : conceitos e desafios. Rev Enferm Ref. 2012;III(6):157–66.
  31. Chan SCL, Tsai JSJ, King NM. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers ' dental knowledge and attitudes. Int J Paediatr Dent. 2002;322–31.
  32. Bernabé E, Sabbah W, Delgado-Angulo EK, Murasko JE, Gansky SA. Income gradients in oral health according to child age. Eur J Oral Sci. 2015;260–6.
  33. Kato H, Tanaka K, Shimizu K, Nagata C, Furukawa S, Arakawa M, et al. Parental occupations , educational levels , and income and prevalence of dental caries in 3-year-old Japanese children. Environ Health Prev Med. Environmental Health and Preventive Medicine; 2017;1–7.
  34. Gokhale N, Nuvvula S. Influence of socioeconomic and working status of the parents on



- the incidence of their children's dental caries. *J Nat Sci Biol Med*.
35. Schroth RJ, Cheba V. Determining the prevalence and risk factors for early childhood caries in a community dental health clinic. *Pediatr Dent*. 2016;29(5).
  36. Engelmann JL, Tomazoni F, Oliveira MDM, Ardenghi TM. Association between Dental Caries and Socioeconomic Factors in Schoolchildren - A Multilevel Analysis. *Braz Dent J*. 2016;27:72–8.
  37. Khodadadi E, Niknahad A, Sistani MMN, Motallebnejad M. Parents' Oral Health Literacy and its Impact on their Children's Dental Health Status. *Electron Physician*. 2016;8(12):3421–5.
  38. Vann WF, Lee JY, Baker D, Divaris K. Oral Health Literacy among Female Caregivers: Impact on Oral Health Outcomes in Early Childhood. *J Dent Res*. 2010;1395–400.
  39. Belstrøm D, Holmstrup P, Nielsen CH, Kirkby N, Twetman S, Heitmann BL, et al. Bacterial profiles of saliva in relation to diet, lifestyle factors, and socioeconomic status. *J Oral Microbiol*. 2014;6(1):1–9.
  40. Pinquart M. Parenting stress in caregivers of children with chronic physical condition—A meta-analysis. *Stress Heal*. 2018;34(2):197–207.
  41. Gibbs BG, Forste R. Socioeconomic status, infant feeding practices and early childhood obesity. *Pediatr Obes*. 2014;9(2):135–46.
  42. Corrêa-faria P, Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Factors associated with the development of early childhood caries among Brazilian preschoolers. *Braz Oral Res*. 2013;27(4):356–62.
  43. Perera PJ, Fernando MP, Warnakulasooriya TD, Ranathunga N. Effect of feeding practices on dental caries among preschool children : a hospital based analytical cross sectional study. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2014;23(1):272–7.
  44. Du M, Luo Y, Zeng X, Alkhatib N, Bedi R. Caries in preschool children and its risk factors in 2 provinces in China. *Quintessence Int*. 2007;38(2):143–51.
  45. Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and Bottle Feeding as Risk Factors for Dental Caries : A Systematic Review and. *PLoS One*. 2015;1–14.
  46. Prowse S, Schroth RJ, Wilson A, Edwards JM, Sarson J, Levi JA, et al. Diversity

- Considerations for Promoting Early Childhood Oral Health : A Pilot Study. Hindawi Publ Corp. 2014;2014.
47. Lambert MJ, Vanobbergen JSN, Martens LC, Visschere LMJ De. Socioeconomic inequalities in caries experience , care level and dental attendance in primary school children in Belgium : a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2017;1–7.
  48. Direção-Geral da Saúde, Ordem dos Médicos Dentistas: III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 22]. Available from: <https://www.omd.pt/2017/06/estudo-epidemiologico-resultados/>
  49. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. *Nat Rev Dis Prim*. Macmillan Publishers Limited; 2017;3:1–14.
  50. Golkari A, Sabokseir A, Sheiham A, Watt RG. Socioeconomic gradients in general and oral health of primary school children in Shiraz , Iran. *F1000 Research*. 2016;(May):1–10.
  51. Thomson WM, Sheiham A, Spencer AJ. Sociobehavioral aspects of periodontal disease. *Periodontol 2000*. 2012;60(1):54–63.
  52. Paula JS De, Ambrosano GMB, Mialhe FL. The impact of social determinants on schoolchildren' s oral health in Brazil. *Braz Oral Res*. 2015;29(1):1–9.
  53. Bozorgmehr E, Hajizamani A, Mohammadi TM. Oral Health Behavior of Parents as a Predictor of Oral Health Status of Their Children. *Hindawi Publ Corp*. 2013;2013:1–6.
  54. Roberts K, Condon L. How do parents look agter children's teeth? A qualitative study of attitudes to oral health in the early years. *Community Pract*. 2014;87(4):32–5.
  55. Safiri S, Kelishadi R, Heshmat R, Rahimi A, Djalalinia S, Ghasemian A, et al. Socioeconomic inequality in oral health behavior in Iranian children and adolescents by the Oaxaca-Blinder decomposition method : the CASPIAN- IV study. *Int J Equity Health*. *International Journal for Equity in Health*; 2016;1–8.
  56. Suliano AA, Rodrigues MJ, Júnior A de FC, Porto-Carreiro C da F. Prevalência de maloclusão e a sua associação com alterações funcionais do sistema estomatognático entre escolares. *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1913–23.
  57. Moimaz SAS, Garbin AJÍ, Lima AMC, Lolli LF, Saliba O, Garbin CAS. Longitudinal

- study of habits leading to malocclusion development in childhood. *BCM Oral Heal.* 2014;1–6.
58. Normando TS, Barroso RFF, Normando D. Influence of the socioeconomic status on the prevalence of malocclusion in the primary dentition. *Dental Press J Orthod.* 2015;20(1):74–8.
59. Frujeri MDLV, Frujeri JAJ, Bezerra ACB, Cortes MI de SG, Jr EDC. Socio-economic indicators and predisposing factors associated with traumatic dental injuries in schoolchildren at Brasília , Brazil : a cross-sectional , population-based study. *BMC Oral Health.* 2014;1–7.
60. Mathur MR, Watt RG, Millett CJ, Parmar P, Tsakos G. Determinants of Socioeconomic Inequalities in Traumatic Dental Injuries among Urban Indian Adolescents. *PLoS One.* 2015;1–12.
61. Ep S, Af CJ, Traumatol D, Munksgaard B. Risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren. *Dent Traumatol.* 2004;246–50.
62. Cortes MIS, Marcenes W, Sheiham A. Prevalence and correlates of traumatic injuries to the permanent teeth of school- children aged 9 – 14 years in Belo Horizonte ,. *Dent Traumatol.* 2001;22–6.
63. Aure M. Incidence of dental trauma among adolescents : a prospective cohort study. *Dent Traumatol.* 2008;(18):159–63.
64. Locker D. Prevalence of Traumatic Dental Injury in Grade 8 Children in Six Ontario Communities. *Can J Public Heal.* 2005;73–6.
65. Goettems M, Torriani D, Hallal P, Correa M, Demarco F. Dental trauma : prevalence and risk factors in schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014;1–10.
66. Medina-solís CE, Villalobos-Rodelo JJ, Vallejos-sánchez AA, Portillo-Núñez CL, Casanova-rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal : estudio en escolares mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(12):2621–31.
67. Piovesan C, Antunes JLFA, Guedes RS, Ardenghi TM. Influence of self-perceived oral health and socioeconomic predictors on the utilization of dental care services by schoolchildren. *Braz Oral Res.* 2011;25(2):143–9.

68. Perez A, Amin M. Dimensional analysis of psychosocial barriers to prevention of early childhood caries among recent immigrants. *SAGE Open*. 2014;4(2):1–9.
69. Onyejaka NK, Folayan MO, Folaranmi N. Barriers and facilitators of dental service utilization by children aged 8 to 11 years in Enugu State , Nigeria. *BMC Health Serv Res*. *BMC Health Services Research*; 2016;1–9.
70. Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, Teixeira CR da S, Piovesan C, Mendes FM, et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BCM Oral Heal*. 2013;2–7.
71. Kumar S, Kroon J, Lalloo R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children ' s oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. *Health and Quality of Life Outcomes*; 2014;12(1):1–15.
72. Pinilla J, Negrín-Hernández MA, Abásolo I. Time trends in socio-economic inequalities in the lack of access to dental services among children in Spain 1987-2011. *Int J Equity Health*. 2015;1–9.
73. Martins CC, Pires IR, Pereira M de L. Cárie Precoce da Infância e Seus Determinantes Numa População Pré-escolar, Porto. *Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxilofac*. 2014;5(S 1):6–7.
74. Do LG, Scott JA, Thomson WM, Stamm JW, Rugg-Gunn AJ, Levy SM, et al. Common risk factor approach to address socioeconomic inequality in the oral health of preschool children – a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1–7.
75. Kramer PF, Chaffee BW, Bertelli AE, Ferreira SH, Béria JU, Feldens CA. Gains in Children's Dental Health Differ by Socio-Economic Position: Evidence of Widening Inequalities In Southern Brazil. *Int J Paediatr Dent*. 2016;25(6):383–92.

## **Anexos**

## Anexo I

Impacto dos fatores sociais na saúde oral da criança

### Anexo I



#### DECLARAÇÃO:

#### **Monografia de investigação/Relatório de Atividade Clínica**

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

18/05/2018

Sara Cardoso

A investigadora

## Anexo II

Impacto dos fatores sociais na saúde oral da criança

### Anexo II



#### PARECER

(Entrega do trabalho final de Monografia)

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pela Estudante Sara Patrícia Silva Sobreiro Cardoso com o título: "Impacto dos fatores sociais na saúde oral das crianças", está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

18.07/2018

A orientadora

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto